

## Abort – habituell – KKHS

---

### Hitta i dokumentet

[Syfte](#)

[Huvudbudskap](#)

[Bakgrund](#)

[Riskfaktorer för att drabbas av upprepade missfall](#)

[Indikation för utredning](#)

[Utredning](#)

[Behandling](#)

[Uppföljning](#)

[Prognos](#)

[Vårdnivå](#)

[Referens:](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

---

Text hämtad från Västra Götalands regiongemensamma riktlinje ”Upprepade missfall – handläggning”.

### Syfte

Det är idag en stor rörlighet inom, såväl som utanför Västra Sjukvårdsregionen inklusive Halland. Kvinnor som söker vård i regionen ska få ett likvärdigt omhändertagande när det gäller såväl kontakt med sjukvården som vid utredning och behandling av upprepade missfall.

### Huvudbudskap

Patientgrupp som berörs är kvinnor <40 år och hennes partner, som drabbats av minst tre konsekutiva missfall i första trimestern och inte har mer än ett gemensamt barn. Standardiserad utredning ska ske och riktlinjen beskriver även åtgärder som kan/ska göras. Riktlinjen beskriver även kortfattat kontroll/uppföljning.

### Bakgrund

Spontan abort eller missfall inträffar i cirka 30% av alla graviditeter, varav ca hälften är subkliniska och de allra flesta sker i första trimestern. Upprepade missfall enligt SFOG´s definition (3 eller fler konsekutiva missfall i första trimestern) uppskattas förekomma hos 0,5 –2,3% av alla kvinnor. Internationell klassifikation av upprepade missfall varierar stort, allt från 2 på varandra följande eller sporadiska missfall före gestationsvecka 13 upp till vecka 22 varvid olika rekommendationer om utredning, behandling och prognos ses. För de flesta par kan utredning inte påvisa någon specifik orsak, så kallad oförklarade upprepade missfall, men vissa bakomliggande faktorer har identifierats med misstänkt ökad risk. Se [Behandling vid oförklarade upprepade missfall](#) Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)

## Riskfaktorer för att drabbas av upprepade missfall

### Ålder

Kvinnans ålder är den största riskfaktorn. Ökad risk sker redan vid 30 års ålder, men efter 40 år är riskökningen betydande.

### Genetik

Kromosomavvikelse är den vanligaste orsaken till sporadiskt missfall. Risken för graviditet med kromosomavvikelse korrelerar med stigande ålder hos kvinnan. Genetiska avvikelser

hos par med upprepade missfall kan vara en bakomliggande riskfaktor. Balanserade translokationer hittas hos 2–5% av par med upprepade missfall.

### **Livsstil**

*Rökning* såväl som alkoholbruk (även mannens rökvanor) är en riskfaktor för att drabbas av missfall, men evidens för betydelse för upprepade missfall saknas. Alkohol ökar risk för missfall i ett dosberoende förhållande.

*Fetma*, med ett body mass index (BMI) >30 är förenat med ökad risk för upprepade missfall, medan undervikt bara visat sig associerat med enstaka missfall.

Det saknas studier angående effekt av stress eller träning på risk för nytt missfall och det är också oklart om koffein ökar risken, då olika studier visar olika resultat.

### **Uterus anatomi**

Förekomst av kongenitala uterusmissbildningar är associerat till upprepade missfall.

Prevalensen varierar dock mycket i olika studier. Däremot ses inget säkert samband på förvärvade uterusavvikelse som förekomst av submukösa myom, endometriepolyper och intrauterina adherenser även om dessa ses vid utredning av upprepade missfall.

### **Endokrinologi**

Såväl underfunktion som överfunktion hos tyreidea ökar risken för missfall.

Välbehandlad tyreoidasjukdom är inte associerad med ökad risk för missfall. Subklinisk hypotyreos med TSH mellan 2,5 och 3,7 mU/l (gränser kan variera på olika laboratorium, t.ex. är övre gränsen 4,0 på Unilabs) ökar inte risken för nytt missfall hos kvinnor med upprepade missfall.

Betydelsen av förekomst av tyreoidaperoxidas-antikroppar (TPOak) vid subklinisk hypotyreos och eutyreoida kvinnor är oklar.

Varken välbehandlad diabetes, hyperprolaktinemi eller vitamin D-brist har visat något samband med missfall.

### **Trombofili**

Förekomst av hereditär trombofili hos kvinnor med upprepade missfall är oklar.

### **Antifosfolipidsyndrom**

Förekomst av antifosfolipidantikroppar har rapporterats hos mellan 5–20% av kvinnor med upprepade missfall.

## **Indikation för utredning**

- **Tre eller flera kliniska missfall**

Upprepade missfall definieras som tre eller flera konsekutiva kliniska missfall i första trimestern. Missfallen ska vara säkerställda med ultraljud eller klar anamnes på kliniskt missfall.

- **Kvinnan <40år**

Sporadiska missfall ökar markant efter 35 år. Risken för missfall i denna grupp beror oftare på åldersrelaterade än strukturella kromosomavvikelse. Beakta kvinnans ålder i samband med utredningen.

- **Par med max 1 tidigare gemensamt barn**

Utredning kan initieras både vid primära (hos kvinnor som aldrig fött barn) och sekundära (hos kvinnor som fött barn) upprepade missfall. Dock inte om paret har två eller fler gemensamma barn.

## Utredning

### Steg I

- Medicinsk och gynekologisk/obstetrisk anamnes.
- Hereditet (missfall, trombofili t.ex.).
- Gynekologisk undersökning och ultraljud av uterus, vid behov hydrosonografi för kavitetsbedömning.
- S-TSH, T4, kardiolipinantikroppar, B2-glykoprotein och Lupus antikoagulans.

### Steg II, efter individuell bedömning

- Karyotyp hos både kvinna (ålder <38) och man.
- Trombosutredning vid behov; baserat på anamnes och hereditet (PK, APTT, trombocyter, antitrombin, protein C, fritt protein S, APC-resistens - Faktor V Leiden, Protrombin mutation - Faktor II). Trombofili: Värdet av testning och behandling är kontroversiell.

## Behandling

1. Intrakavitära förändringar, som polyper, myom och septa kan åtgärdas med hysteroskopisk resektion.
2. Vid nyupptäckt hypotyreos eller subklinisk hypotyreos hos kvinnor som har TSH >3,7 (4,0 hos Unilabs) mU/L initieras Levaxinbehandling.
3. Patienter med antifosfolipidsyndrom bör behandlas med lågdos acetylsalicylsyra (75 mg) i kombination med lågdos heparin, med start vid positivt graviditetstest. Samarbete ska tidigt initieras med specialismödravården.
4. Trombofilibehandling enl. SFOGs ARG-rapport "[Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi](#)".
5. Det finns idag inte tillräckligt vetenskapligt underlag som stödjer någon form av profylaktisk medicinsk behandling för kvinnor med oförklarade upprepade missfall.
6. Vid påvisad kromosomavvikelse hos paret ska de remitteras till klinisk genetik på Sahlgrenska för genetisk vägledning och därefter eventuellt IVF-behandling med hjälp av PGT (preimplantatorisk genetisk testning).
7. Psykologiskt stöd. Betydelsen av emotionellt och psykologiskt stöd är av största vikt, så kallat **tender, loving and care**, vilket många kvinnor i studier påtalat som kanske den viktigaste åtgärden.

## Uppföljning

Vid ny graviditet under eller efter utredning bör kvinnan erbjudas ultraljudsundersökning i tidig graviditet. Detta kan i första hand erbjudas genom en kontroll v 7–8 samt TUL (rutinmässigt ultraljud i graviditetsvecka 12). Om TUL inte finns tillgängligt bör annat tillfälle för ultraljudsundersökning erbjudas. Det är värdefullt med kontinuitet och

uppföljning på specialistmottagning, där olika yrkesgrupper verkar i team (läkare, barnmorskor och kurator/psykolog).

## Prognos

Prognosen är god. Cirka 40–80% av alla som fått diagnosen upprepade missfall blir föräldrar. Ju lägre ålder hos kvinnan och färre antal missfall desto bättre prognos

En dansk kohortstudie visar att inom 5 år efter utredning för upprepade missfall hade;

- 81,3% i åldersgrupp 20–24 år, 69,9% i åldersgrupp 30–34 år och 41,7% i åldersgrupp 40 år och äldre, fött barn.
- 71,9% efter 3 missfall, 50,2% efter 6 missfall, fött barn.

## Vårdnivå

Kvinnor med upprepade missfall ska utredas av specialist inom gynekologi och obstetrik, gärna i team på mottagning med specialintresse för ämnet.

## Referens:

[Behandling vid oförklarade upprepade missfall \(SFOG\).](#)  
[ARG Reproduktionsmedicin Rapport nr 81, 2019, kap. 8.](#)  
[ESHREs guidelines för RPL, 2018.](#)  
[ARG Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi.](#)

### Uppdaterat från föregående version

2021-09-21: helt ersatt text, ursprung från regional riktlinje Västra Götaland.

Juni-16: Reviderad. Första punkten under *Möjliga orsaker*, är struken. 5:e punkten under Provtagning, struken. Lagt till 6:e punkten under *Behandling*. Lagt till rubriken *Behandling vid oförklarad abortbenägenhet*.

Ersätter 2015-08-26

Lagt till under rubrik Möjliga orsaker ökande antal aneuploida oocyter efter punkt Ökande ålder. Trombofili. Under rubrik Provtagning lagt till 5. Spermaprov. Lagt till rubrik Behandling vid påvisad möjlig orsak samt rubrik Behandling vid oförklarad abortbenägenhet. Under denna rubrik lagt till lågmolekylärt heparin, salicylica samt under Prognos för fullgången graviditet lagt till Missfallsrisken ökar efter ytterligare fler missfall.